

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 36.

D'UNE  
Modification nouvelle du Bassini

Technique de M. le Professeur Agrégé CHAVANNAZ

RÉSULTATS OPERATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907.

PAR

Joseph-Marie-Henri LAJUS

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies

né à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), le 17 juin 1881.

|                        |   |                               |                    |                 |
|------------------------|---|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. BOURSIER, professeur..... | } <i>Président</i> |                 |
|                        |   | LANELONGUE, professeur...     |                    | } <i>Juges.</i> |
|                        |   | CABANNES, agrégé.....         |                    |                 |
|                        |   | VENOT, agrégé.....            |                    |                 |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 36.

D'UNE

# Modification nouvelle du Bassini

Technique de M. le Professeur Agrégé CHAVANNAZ

**RÉSULTATS OPERATOIRES**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907.

PAR

**Joseph-Marie-Henri LAJUS**

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies  
né à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), le 17 juin 1881.

Examineurs de la Thèse

|   |                               |                    |
|---|-------------------------------|--------------------|
| { | MM. BOURSIER, professeur..... | } <i>Président</i> |
|   | LANELONGUE, professeur...     |                    |
|   | CABANNES, agrégé.....         | } <i>Juges.</i>    |
|   | VENOT, agrégé.....            |                    |

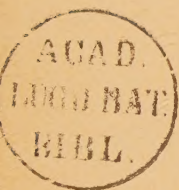
**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907



# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

## PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.  
MASSE..... }

|                          | MM.                 |                           | MM.        |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| Clinique interne.....    | PICOT.              | Chimie.....               | BLAREZ.    |
| Clinique externe.....    | PITRES.             | Histoire naturelle.....   | GUILLAUD.  |
| Pathologie et thérapeu-  | DEMONS.             | Pharmacie.....            | DUPOUY.    |
| tique générales.....     | LANELONGUE.         | Matière médicale.....     | DE NABIAS. |
| Thérapeutique.....       | VERGELY (en congé). | Médecine expérimentale    | FERRE.     |
| Médecine opératoire..    | MONGOUR (chargé).   | Clinique ophtalmologi-    | BADAL.     |
| Clinique d'accouchements | ARNOZAN.            | que.....                  |            |
| Anatomie pathologique    | VILLAR.             | Clinique chirurgicale in- | DENUCÉ     |
| Anatomie.....            | LEFOUR.             | fantile et Orthopédie.    | BOURSIER.  |
| Anatomie générale et     | COYNE.              | Clinique gynécologique.   |            |
| histologie.....          | GENTES (chargé).    | Clinique médicale des     | MOUSSOUS.  |
| Physiologie.....         | VIAULT.             | maladies des enfants.     | DENIGES.   |
| Hygiène.....             | JOLYET.             | Chimie biologique.....    |            |
| Médecine légale.....     | LAYET.              | Physique pharmaceuti-     | SIGALAS.   |
| Physique biologique et   | LANDE.              | que.....                  | LE DANTEC. |
| électricité médicale.    | BERGONIÉ.           | Pathologie exotique....   |            |

## PROFESSEURS ADJOINTS :

|                                                              |                |
|--------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....         | MM. DUBREUILH. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....               | POUSSON.       |
| Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... | MOURE.         |
| Clinique des maladies mentales.....                          | REGIS.         |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.  
CABANNES.

MM. VERGER.  
ABADIE.  
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

|                         |                                  |                      |                         |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Pathologie externe... { | MM. BEGOUIN.<br>VENOT.<br>GUYOT. | Accouchements..... { | MM. ANDÉRODIAS<br>PERY. |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------------------|

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

|                 |                         |                         |                      |
|-----------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| Anatomie..... { | MM. GENTES.<br>CAVALIÉ. | Physiologie.....        | MM. GAUTRELET        |
|                 |                         | Histoire naturelle..... | { BEILLE<br>MANDOUL. |

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

|             |            |                  |                       |
|-------------|------------|------------------|-----------------------|
| Chimie..... | M. BENECH. | Pharmacie..... { | MM. BARTHE.<br>LABAT. |
|-------------|------------|------------------|-----------------------|

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| Pathologie interne..... | MM. RONDOT. |
| Accouchements.....      | PERY.       |
| Physiologie.....        | GAUTRELET.  |
| Ophtalmologie.....      | LAGRANGE.   |
| Clinique dentaire.....  | CAVALIÉ.    |

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

## A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En gage de mon grand amour et en témoignage de ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices et tous les soucis que leur a imposé mon éducation.

---

## A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

---

## AUX PERSONNES QUI ME SONT CHÈRES ET AUXQUELLES M'UNISSENT LES LIENS DU SANG OU CEUX DU CŒUR

### A MES PARENTS

### A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE  
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE  
ET DES COLONIES  
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE  
SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE  
ET DES COLONIES  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

---

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTÉ  
DES COLONIES ET DE LA MARINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS  
OFFICIER D'ACADÉMIE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE  
DE BORDEAUX  
CHIRURGIEN OCULISTE ADJOINT DES HÔPITAUX  
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOLYET

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DIRECTEUR DE LA STATION ZOOLOGIQUE D'ARCACHON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Avec nos plus vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous admettant dans son laboratoire où nous avons passé deux excellentes années.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX  
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



## PRÉFACE

---

La cure radicale des hernies inguinales reconnue aujourd'hui d'une efficacité certaine est devenue une opération absolument courante. C'est peut-être celle que l'étudiant voit pratiquer le plus souvent dans un service de chirurgie, si bien que fréquemment il ne daigne pas entrer dans la salle d'opérations quand il sait qu'on pratique une cure radicale. Nous n'avons pas appartenu à cette catégorie d'élèves et chaque fois que l'occasion s'en est présentée nous avons toujours suivi avec le plus vif intérêt les interventions dites banales sachant fort bien que la carrière à laquelle nous nous sommes consacré, nous mettrait en demeure de les pratiquer couramment, et que le meilleur moyen de se familiariser avec elles était de les voir le plus souvent possible ; persuadé que l'on ne saurait jamais trop profiter des remarquables leçons de nos maîtres.

Le médecin d'armée, et plus particulièrement celui des troupes coloniales, est en effet appelé à jouer un rôle vaste et important ; son champ d'action est immense et c'est le plus souvent tout seul qu'il se trouvera aux prises avec les difficultés de son art ; pour en triompher il ne devra compter que sur lui-même, car ce n'est point lui qui aura la facile ressource d'envoyer les malades embarrassants chez le confrère voisin ou

le spécialiste d'en face ; et c'est pour cela qu'il devrait être à la fois excellent médecin, accoucheur émérite, habile chirurgien.

C'est ainsi que nous avons été amené souvent au cours de notre dernière année d'études à assister aux séances opératoires de M. le professeur agrégé Chavannaz, à l'hôpital St-André. Son procédé de cure radicale de la hernie nous frappa : nous avons été immédiatement séduit par les avantages qu'il présentait et par la façon, toute simple, dont il répondait aux desiderata actuels de la chirurgie, en cette période de longues discussions aux sujets des « fils perdus » et des « fils temporaires ».

Aussi lorsque cet excellent maître nous offrit de rechercher les malades opérés de cette manière, d'en observer les résultats et de faire de cette enquête le sujet de notre thèse inaugurale, avons-nous accepté avec empressement.

Non content de l'honneur qu'il nous faisait, M. le professeur agrégé Chavannaz ne nous a ménagé au cours de cette entreprise, ni ses conseils ni ses encouragements, et puisque l'occasion se présente à nous, nous sommes heureux de pouvoir l'assurer ici de notre reconnaissance et de notre entier dévouement. Qu'il soit convaincu que pour mener ce travail à bonne fin, nous avons mis en œuvre toute la bonne volonté dont nous étions capable, et si le résultat n'est pas à la hauteur de la tâche, qu'il veuille bien nous en excuser, en considérant combien est faible notre compétence, combien notre expérience est jeune !

Le travail que nous soumettons à l'approbation de nos maîtres n'a pas la prétention de réglementer d'une façon définitive la technique de la cure radicale de la hernie inguinale et nous n'avons jamais eu l'intention de dire que le procédé de M. le Professeur agrégé Chavannaz devait être employé à l'exclusion de tous les autres. Nous avons simplement voulu nous rendre compte nous-même, des bénéfices que pouvaient retirer de l'intervention, les malades porteurs de hernies inguinales et c'est surtout le résultat de ces re-

cherches que nous publions ; estimant en effet, que la chirurgie ne consiste pas uniquement à faire de belles opérations, mais à les faire salutaires, et qu'elle doit être avant tout un moyen de guérir.

Le procédé de M. Chavannaz nous a semblé réaliser parfaitement ce but. Nous l'avons vu à l'œuvre et nous savons ce qu'il vaut ; aussi est-ce celui que nous emploierons plus tard lorsque l'occasion s'en présentera et notre thèse n'a pas d'autre but que d'expliquer ce choix.

---

## INTRODUCTION

---

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres :

*a)* Dans le premier nous faisons la description du procédé Bassini— et nous passons rapidement en revue les principales modifications qu'il a subies depuis son apparition jusqu'à nos jours.

*b)* Puis nous nous livrons à une étude critique des procédés de réfection de la paroi abdominale afin de montrer quelles sont les raisons qui ont amené M. le Professeur agrégé Chavannaz à modifier la technique classique.

*c)* Le troisième chapitre comprendra la description du procédé de M. Chavannaz et des avantages qu'il nous paraît présenter.

*d)* Nous publions ensuite les observations des malades que nous avons pu retrouver et les réflexions qu'elles nous ont suggéré.

*e)* Enfin nous donnons les conclusions de ce travail.

Mais avant d'aller plus loin nous devons, et cela nous est un devoir bien doux, remercier M. le Professeur Boursier du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Pendant le trop court séjour que nous avons fait dans son service nous avons pu apprécier sa grande bonté et profiter de ses savantes leçons — et nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre vive et respectueuse reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Cabannes a été pour nous un maître et un ami — nous n'oublierons jamais l'accueil cordial que nous avons toujours trouvé auprès de lui, pas plus que ne disparaîtra de notre mémoire le souvenir des leçons cliniques si claires et si précises qu'il nous faisait à l'hôpital des enfants — alors qu'il remplaçait M. le Professeur Moussous.

Enfin nous ne saurions trop remercier M. J. Lacouture chef de clinique chirurgicale, et M. A. Latronche interne des hôpitaux : tous deux furent pour nous charmants de complaisance et d'amabilité et mirent à notre disposition leur grande expérience et leur profond savoir.

---



## CHAPITRE PREMIER

---

Nous ne retracerons pas ici la longue histoire des méthodes et des procédés proposés et mis en pratique pour obtenir la cure radicale de la hernie inguinale. Le lecteur trouvera dans la thèse d'agrégation de M. Segond, dans un article du Professeur Berger dans la Revue des Sciences Médicales, et dans la thèse de doctorat de M. Nalpasse, l'historique complet de la question, l'énumération des méthodes et la description exacte des opérations qu'elles comportent, depuis les premiers temps de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours.

Aussi rentrerons-nous de plein pied dans notre sujet et passerons-nous immédiatement à l'étude du procédé Bassini.

C'est en 1889 qu'Edoardo Bassini, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, publia sa nouvelle technique opératoire pour la cure radicale de la hernie inguinale. Il se proposait par ce procédé de réparer les profondes modifications produites par le passage de la hernie à travers le canal inguinal, de restaurer ce canal tel qu'il est à l'état physiologique, c'est-à-dire avec deux ouvertures : une abdominale et une sous-cutanée ; une paroi postérieure musculo-aponévrotique, une paroi antérieure fibreuse, entre lesquelles s'insinue le cordon spermatique.

Pour obtenir ce résultat, Bassini a suivi le mode opératoire suivant que nous reproduisons textuellement, tel que nous l'avons trouvé tout traduit dans la thèse de Girou.

« Pour la hernie inguinale externe acquise, j'opère, dit Bassini, de la façon suivante: Le malade est endormi, antiseptisé; alors j'incise la peau de la région inguino-scrotale, à l'endroit de la hernie; je mets à nu l'aponévrose du grand oblique, et celà dans une étendue qui répond au canal inguinal; je découvre ainsi les bords de l'anneau inguinal sous-cutané; j'étanche le sang: c'est le premier temps de l'opération.

Au deuxième temps, je dissèque l'aponévrose du grand oblique en commençant à l'anneau inguinal sous-cutané jusque sur la région de l'anneau inguinal abdominal; je détache alors en haut et en bas l'aponévrose du grand oblique et j'en forme deux lèvres: une inférieure et une supérieure; j'isole et élève en masse le cordon spermatique et le collet du sac herniaire. Pendant que je tiens l'index sur les organes cités, j'isole le collet du sac herniaire, jusqu'à l'orifice abdominal, des éléments du cordon spermatique.

L'isolement réussit sans grandes difficultés avec des instruments mousses, soit qu'il s'agisse d'une hernie acquise ou congénitale. L'isolement du collet du sac doit s'étendre jusqu'à la fosse iliaque. Ensuite j'isole le corps et le fond du sac et je recherche si les viscères contenus dans la hernie présentent des adhérences, si l'épiploon est épaissi. Dans le premier cas, je dégage les adhérences et résèque l'épiploon aussi loin qu'il est nécessaire. Après la réduction des viscères, je tords le collet du sac, applique une ligature au delà de l'embouchure et je coupe à un demi centimètre au-dessous de la ligature. Quand la hernie est très grosse, que l'embouchure et le collet du sac sont larges, outre la ligature simple, j'applique au-dessus ou au-dessous de cette dernière une ligature en chaîne, qui assure l'occlusion et empêche le premier fil de glisser. Le péritoine lié de cette façon se retire dans la fosse iliaque interne. Dès que j'ai pratiqué l'extirpation du sac et la ligature de son collet, j'ai fini le deuxième temps de l'opération.

Dans le troisième temps de l'opération, je prends le cordon spermatique, je l'attire légèrement en haut sur la paroi abdo-

minale, et, s'il est nécessaire, je fais la même chose avec le testicule qui est retiré du scrotum; j'attire en bas la lèvre inférieure de l'aponévrose du grand oblique, en haut la lèvre supérieure, et de cette façon j'arrive facilement à mettre à nu la gouttière formée par le ligament de Poupart jusqu'à sa limite postérieure, et jusqu'à un centimètre en dehors du point où le cordon spermatique sort de la fosse iliaque interne; ensuite je dégage le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen, et la triple couche formée par le petit oblique, le transverse et le fascia vertical de Cooper; je les dégage de l'aponévrose du grand oblique et du tissu cellulo-adipeux sous-séreux. Je réunis alors cette triple couche et la rapproche du bord postérieur isolé du ligament de Poupart, où je la couds par une suture à points séparés; je commence ma suture sur la crête du pubis et je vais jusque près du cordon spermatique que j'ai déplacé d'environ 1 centimètre vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ici se termine le troisième temps de l'opération; l'orifice interne ou abdominal et la paroi postérieure du canal inguinal sont reconstitués.

Pour la suture indiquée plus haut, il est prudent d'employer la soie et des points isolés; il faut passer son aiguille à 2 ou 3 centimètres du bord de la triple couche musculo-aponévrotique pour éviter de la déchirer. Les deux premiers points de suture placés près du pubis saisissent aussi le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Si à la fin du troisième temps, on excite le malade à vomir, on voit que la région inguinale peut résister à la plus forte pression abdominale et que la paroi postérieure ainsi reconstituée est tendue solidement et reste sans bouger dans sa nouvelle position.

Au quatrième temps de l'opération; je remets en place le cordon spermatique et le testicule, s'il y a lieu; je suture l'aponévrose du grand oblique jusqu'à ce que les bords de la plaie soient rapprochés du cordon spermatique; je suture ensuite la peau, et je place le pansement. Je n'emploie le drainage que pour les anciennes hernies volumineuses, où la dissection et l'isolement du sac ont été très pénibles. De cette manière,

le canal inguinal est reconstitué avec son orifice abdominal, sa paroi postérieure, tous deux formés par la triple couche musculo-aponévrotique fixée au bord postérieur du ligament de Poupart, et avec une paroi antérieure formée par les deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique, avec un étroit orifice externe ou sous-cutané. »

Ce procédé eut une vogue énorme et il se répandit un peu partout avec rapidité. En France, M. Berger, dans son traité de Chirurgie, lui donne son entière approbation, il le conseille de préférence aux autres procédés. M. le professeur Tillaux, dans ses cliniques chirurgicales, en préconise aussi l'emploi.

A Bordeaux, M. le professeur Villar, qui, au cours d'une mission scientifique en Italie, avait vu employer le procédé par son auteur ne tarda pas à s'en servir et à le vulgariser. Il expose à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le manuel opératoire tel qu'il l'avait vu pratiquer par le chirurgien italien et, le 25 avril 1895, il présente devant la même société deux malades guéris par l'application de ce procédé.

Cette nouvelle méthode présentait, en effet, de gros avantages :

L'infundibulum péritonéal qui siégeait au niveau de l'orifice inguinal profond a disparu ; l'ouverture large du canal inguinal permet en effet de poursuivre très haut le décollement du sac et de faire porter la ligature sur le péritoine qui tapisse les parois abdominales.

Le canal inguinal a repris sa structure anatomique et retrouvé ses rapports normaux avec le cordon spermatique. La paroi postérieure est entièrement et plus solidement refaite, les orifices profonds et superficiels sont rétrécis et l'obliquité normale du trajet inguinal est rétablie.

Mais, malgré ces avantages, ce procédé ne tarda pas cependant à subir des modifications.

C'est que, en effet, on peut lui faire plusieurs reproches.

En premier lieu, l'incision inguino-scrotale est inutile, du moins dans les cas simples. Elle est, de plus, exposée, par

son siège à l'infection, la région des bourses étant assez difficile à aseptiser et courant les risques d'être souillée par les urines. C'est M. le professeur Berger, qui, le premier, eut l'idée heureuse de la modifier et de la réduire à une incision purement inguinale. Cette incision est actuellement employée par la plupart des chirurgiens.

Millot, dans sa thèse de doctorat, en 1902, reproche à la méthode de Bassini de former sa paroi postérieure aux dépens de parties presque exclusivement fibreuses (arcade de Fallope, bandelette ilio-pubienne, tendon conjoint) et de ne pas utiliser suffisamment les plans vraiment musculaires de la région, c'est-à-dire les muscles petit oblique et transverse dans leur partie charnue. Il semble, en effet, que toute bonne cure de hernie doit reproduire la disposition que l'on peut constater chez les sujets aux parois fortes et bien musclées, c'est-à-dire amener le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse au contact de l'arcade de Fallope. Pour arriver à ce résultat, Millot conseille de sectionner le fascia transversalis, de le détacher très loin avec le doigt du tissu sous-péritonéal. Grâce à cette manœuvre, il est désormais facile de l'abaisser et d'abaisser avec lui, le tendon conjoint et les muscles petit oblique et transverse, pour venir les suturer à la lèvre profonde de l'arcade de Fallope. Il ne faut pas craindre de traverser ces muscles assez loin de leur bord inférieur (2 à 3 cent.) de façon à ce que les points de suture une fois serrés, déterminent le plissement de ce bord inférieur et la formation, au-devant du trajet inguinal, d'une véritable colonne de tissu musculaire.

Un troisième reproche que l'on peut faire au procédé Bassini, découle du but même que l'auteur italien s'est proposé. En voulant refaire, en effet, le canal inguinal absolument analogue au canal normal, on laisse ainsi subsister dans l'épaisseur de la paroi abdominale, le trajet du cordon. Or, ce cordon, toujours entouré de tissus celluloux, constitue en quelque sorte, une voie préformée, un véritable lieu d'appel

pour la récidence des hernies. Et cet inconvénient est d'autant plus grave que le trajet inguinal aboutit juste au niveau du point où siègeait la hernie primitive, c'est-à-dire à un endroit où le péritoine a tendance à se laisser distendre et à s'évaginer.

Pour obvier à cet inconvénient et pour essayer de le faire disparaître, les auteurs ont employé divers moyens : les uns se sont efforcés d'éloigner le pédicule du sac herniaire du trajet inguinal ; d'autres ont préféré oblitérer complètement ce trajet et le transformer en un simple orifice.

Déjà, avant l'apparition du Bassini, les chirurgiens anglais avaient eu l'idée d'éloigner du trajet inguinal le pédicule du sac herniaire, c'est ainsi que Barkes pratiqua le rebroussement du sac, Macewen, le pelotonnement de ce sac, et Ball, la torsion du collet. Vers cette époque également, d'autres auteurs crurent résoudre le problème en cherchant à oblitérer le trajet inguinal par une autoplastie, comme Nichaux par exemple, qui plaça, sur l'orifice interne, une lamelle périostique du tibia d'un lapin.

Le professeur Berger (1), appliqua au Bassini, la technique de Barkes. Après avoir disséqué le sac avec beaucoup de précautions, il le réséqua et le lia, en ayant soin de laisser, aux deux chefs de la ligature, une longueur convenable, puis, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, il va les nouer le plus haut possible en avant de l'aponévrose du grand oblique. Ce procédé a donné de bons résultats et est employé d'une façon courante par quelques chirurgiens.

Il existe deux variétés de procédés ayant pour but d'oblitérer le trajet inguinal et de le transformer en un simple orifice. On peut refaire la paroi abdominale, soit en avant, soit en arrière du cordon spermatique.

(1) Le professeur Berger semble aujourd'hui avoir abandonné cette technique pour revenir au Bassini pur et simple ; il se contente de faire la ligature très haute et a conseillé d'exciser le sac au ras du point où le péritoine se réfléchit sur la paroi vésicale (Bulletin médical, 7 décembre 1907.)

Potemski, de Rome, emploie la première méthode. Après avoir fait les premiers temps de l'opération comme dans le procédé Bassini, cet auteur isole le cordon, suture, plan par plan le fascia transversalis, les muscles transverse et petit oblique, et le tendon du grand oblique au ligament de Fallope et fait passer le cordon (depuis l'extrémité supérieure de l'incision) sur l'aponévrose du grand oblique.

Halsted agit de même et laisse également le cordon dans le tissu cellulaire sous cutané.

C'est Mugnai, qui, le premier, en 1891, conseille de refaire la paroi abdominale en avant du cordon spermatique, devenu ainsi sous-péritonéal, mais, c'est surtout Ferrari, de Bologne, qui a fait rentrer sérieusement ce procédé dans la pratique et l'a vulgarisé. Jounesco, Villar, Aguilar, de Buenos-Ayres, Reclus, le préconisent tour à tour, et, actuellement, cette méthode tend à devenir classique et à être employée à l'exclusion de toute autre.

Les avantages de ce procédé nous paraissent en effet être de diverses sortes :

D'abord il supprime complètement le trajet du canal inguinal et le remplace par un simple orifice situé à la partie inférieure de la région. On obtient ainsi une paroi abdominale épaisse, résistante, et bien homogène, située toute entière au-devant du cordon, paroi dont les différents plans sont constitués de dedans en dehors :

1<sup>o</sup> Par le fascia transversalis et ses faisceaux de renforcement (tendon conjoint, bandelette iléo-pubienne);

2<sup>o</sup> Par le bord inférieur du petit oblique et du transverse uni à la lèvre profonde de l'arcade de Fallope;

3<sup>o</sup> Par l'aponévrose du grand oblique;

4<sup>o</sup> Enfin, par les téguments.

L'orifice qui remplace le canal inguinal se trouve délimité en bas par le pubis doublé par les fibres du ligament de Colles, latéralement par les piliers du muscle grand oblique, en haut par un bourrelet extrêmement résistant, formé par l'union du tendon conjoint et du bord inférieur du muscle

petit oblique et transverse. Immédiatement en dehors de l'anneau, le bourrelet est très solidement fixé à l'arcade fémorale et aux plans fibreux, en sorte qu'il n'a aucune tendance à s'élever et s'oppose à tout mouvement de distension.

L'orifice inguinal, ainsi limité, donne juste passage aux éléments du cordon et il est suffisamment rigide pour s'opposer à toute récurrence de hernie, de plus, il est situé loin du pédicule de la hernie primitive, c'est-à-dire loin du point où les hernies ont le plus de tendance à se reformer.

Un autre avantage de ce procédé est d'éviter la compression du cordon.

Dans le procédé Bassini, le cordon est placé dans une sorte de canal limité en avant par le grand oblique, en arrière, par l'union du tendon conjoint et de la bandelette iléo-pubienne; c'est-à-dire entre deux plans fibreux. Si les sutures sont peu serrées, la solidité est compromise, mais si elles sont trop serrées, le cordon peut se trouver comprimé, d'où une série d'accidents tels que : hématomes du cordon, douleurs, œdème des bourses et même varicocèle (Bergér, in thèse Blaise, 1894. Paris).

Dans le procédé qui nous occupe, le cordon, placé entre la paroi et le péritoine, dans le tissu sous-péritonéal, ne saurait être comprimé, la compression ne pourrait s'exercer qu'au niveau de l'orifice traversant la paroi. Or, il suffit de régler exactement la dimension de cet orifice pour éviter tout accident de compression, ce qui est d'autant plus facile que l'épaisseur de la paroi supérieure permet de donner un passage suffisant au cordon, sans compromettre en rien sa solidité.

Plus récemment, les chirurgiens ont reproché au procédé Bassini, l'emploi de fils perdus, résorbables ou non.

A plusieurs reprises, en effet, on a remarqué que la guérison de la cure radicale était retardée par l'apparition d'un point de suppuration dû à l'élimination d'un fil de soie. On supprima la soie; certains auteurs, tels que Phelps s'adressèrent au fil d'argent; d'autres, et ce fut la grande majorité, préférèrent utiliser une substance résorbable, telle que le catgut. Mais ici,

nouvelle complication, moins fréquente peut-être, mais plus sérieuse dans la suite. Ici, en effet, c'est l'inconvénient contraire qui domine; alors que l'asoie constituait un corps étranger susceptible de s'éliminer, le catgut est exposé à se résorber beaucoup trop rapidement, d'où à craindre le peu de solidité de la cicatrice des tissus profonds.

De là à supprimer les fils perdus dans la cure radicale des hernies inguinales, il n'y avait qu'un pas à faire, et ce pas fut fait pour la première fois en 1893, par Pouillet de Lyon.

Cet auteur part de ce principe: « qu'il ne doit rester, après quelques jours, dans l'orifice inguinal obturé, aucun fil, ni corps étranger aux tissus de l'organisme ».

Il s'adresse alors au tendon de la longue portion du triceps crural qui fournit une lanière fibreuse de 12 centimètres de long et large de 1 centimètre. Il suture le canal avec cette lanière et en fixe l'extrémité dans l'épaisseur du muscle grand droit, par une suture métallique, qu'il retire quelque temps après. Cette autoplastie, malgré les bons résultats qu'elle a fournis à M. Pouillet, ne s'est pas généralisée. Cette opération s'éloigne un peu trop des cures radicales ordinaires, et les autres chirurgiens, préoccupés aussi de cette question des fils perdus, ont cherché un sens plus conforme aux procédés classiques. En 1898, cependant, M. J. L. Faure, de Paris, a publié dans la presse médicale un procédé de suture des piliers du canal inguinal à l'aide du sac lui-même. Pour cela, il réunit l'une à l'autre les deux lèvres de l'orifice supérieur du canal inguinal, par un double surjet, constitué à l'aide de deux lanières péritonéales, résultant de la section longitudinale du sac.

Defontaine, du Creusot, conseille l'emploi de fils temporaires pour lier le sac, mais jamais il ne s'occupe de refaire la paroi abdominale.

Duplay et Cazin, en 1896, décrivent un procédé dans lequel on supprime tout espèce de fils perdus soit pour lier les vaisseaux et le sac herniaire, soit pour suturer les parties molles. On obtient l'hémostase par la torsion des artères, les parties molles sont réunies à l'aide de fils d'argent, convenablement

disposés, et la ligature du sac se fait en nouant la partie sous-jacente du sac plusieurs fois et le plus haut possible, puis en fendant le reste du sac en deux moitiés, que l'on noue ensuite une ou deux fois.

En 1896, également, M. Villar, de Bordeaux, et M. Jonnescho, de Bucharest, mettent en pratique, à quelques mois de distance, deux procédés sans fils perdus, sensiblement analogues. Les deux pratiquent la suture en masse des divers plans que l'on a sectionnés, le premier à l'aide de crins de Florence, le deuxième au moyen des fils d'argent.

Voici quelle est la technique opératoire de M. le professeur Villar. Après avoir exécuté les divers temps du procédé Bassini, ligaturé le sac à l'aide d'un catgut et l'avoir sectionné au-dessous du lien, il réunit directement les deux lèvres de la plaie. Dans cette suture, il prend, d'un côté, la peau, les tissus cellulaire et l'arcade crurale; de l'autre, le fascia transversalis, le transverse, le petit oblique, l'aponévrose du grand oblique, le tissu cellulaire et la peau. Le premier point est placé près de l'orifice profond du canal inguinal; deux à trois autres points sont placés dans le reste de l'incision opératoire. Le point inférieur réunit la peau, le tissu cellulaire et l'arcade crurale d'un côté, le tendon conjoint, le tissu cellulaire et la peau de l'autre.

Enfin en 1898, MM. L. Gigli et G. Baroni de Florence décrivent comment leur maître, le professeur del Greco parvient à réaliser le procédé de Bassini à l'aide de sutures profondes amovibles, après avoir modifié d'une manière peu heureuse, le traitement du sac tel que le pratiquent MM. Duploz et Cazin.

Telles sont les principales modifications que l'on a apporté au procédé Bassini et qui l'ont perfectionné au point qu'à l'heure actuelle, la cure radicale de la hernie inguinale est devenue une opération courante, à peu près bénigne et très efficace.

---

## CHAPITRE II

---

On croyait volontiers autrefois que la cure radicale de la hernie consistait surtout à supprimer le sac formé par la distension du péritoine; le dernier temps de l'opération, c'est-à-dire la suture de la paroi était considéré comme d'une importance très minime, relativement au reste de l'intervention: « Il ne reste plus que le ventre à refermer », disait-on de façon courante et d'un air détaché. Il n'en est plus de même aujourd'hui et lorsqu'on a supprimé l'amorce herniaire en détruisant l'infundibulum péritonéal, il reste surtout le ventre à refermer; car il faut le refermer d'une façon solide et durable, afin qu'il puisse désormais s'opposer à toute nouvelle issue des anses intestinales. Il s'agit de guérir sans récidives à craindre.

Aussi, avons-nous vu que les modifications les plus récentes apportées au procédé de Bassini visent toutes la façon de restaurer la paroi abdominale.

Ces divers procédés peuvent être classés en deux grands groupes: les uns refont cette paroi abdominale plans par plans, selon la méthode classique — d'autres préfèrent la suture en masse, comme l'ont conseillé Villar et Jounescho.

Nous allons rapidement passer en revue les avantages et les inconvénients de ces deux méthodes et nous verrons ainsi quelles sont les raisons qui ont amené M. le Professeur agrégé

Chavannaz à employer la technique opératoire dont la description fait l'objet de cette thèse.

La suture par étages, c'est-à-dire celle qui cherche à refaire ce que l'on a défait, à reproduire aussi exactement que possible la disposition anatomique telle qu'elle existait avant l'opération est, par celà même, la plus logique, la plus rationnelle et c'est elle que tout chirurgien, soucieux de faire œuvre bonne, devrait employer. On ne peut, en effet s'empêcher de reconnaître, à l'exemple de l'homme de la fable, que la nature en général fait bien ce qu'elle fait et l'imiter tout en la corrigeant dans tout ce qu'elle peut avoir de défectueux est à priori une excellente règle de conduite: « On ne triomphe de la nature, disaient les vieux philosophes qu'en lui obéissant. » Et dans la circonstance, ne semble-t-il pas très logique de réunir le muscle avec le muscle, le tissu fibreux avec le tissu fibreux, la peau avec la peau, afin d'obtenir ainsi une paroi solide capable de s'opposer désormais à l'issue de l'intestin hors de la cavité abdominale.

L'opération de la cure radicale de la hernie, dit tout récemment le Professeur Berger (1), doit être une opération anatomique. La hernie n'est pas un accident: c'est un vice de conformation de la paroi abdominale — on ne la guérit d'une manière radicale qu'en restituant à cette paroi sa disposition anatomique normale.

Malheureusement, c'est un idéal difficile à atteindre et le chirurgien qui cherche à restaurer exactement la paroi qu'il a sectionnée trouve devant lui plusieurs obstacles.

La suture par étages, en effet, doit nécessairement faire usage de fils perdus, — et qu'ils soient ou non résorbables, ces fils perdus, présentent de gros inconvénients.

Le fil non résorbable le plus souvent employé à l'heure actuelle est la soie. Or, il n'y a guère de chirurgien qui n'ait eu à constater l'accident tardif de l'élimination d'une soie abandonnée au sein des tissus, au cours d'une cure radicale.

(1) « Bulletin médical » du 7 décembre 1907.

Un malade quitte le service où on l'a opéré avec une plaie parfaitement cicatrisée et sans que rien ne fasse prévoir une complication ultérieure; puis il revient après un temps plus ou moins long, présentant un abcès au niveau d'une des soies qui cherche à s'éliminer. On part alors à la recherche du fil incriminé, souvent sans résultat, et il faut attendre plus ou moins longtemps que le travail d'élimination soit terminé pour que la fistule se ferme et que tout rentre dans l'ordre. Et encore, n'est-on pas sûr qu'un ou plusieurs fils voisins ne causent le même ennui.

Il suffit, du reste, de parcourir la littérature chirurgicale pour se convaincre de la fréquence de ces accidents. Bien entendu, nous écartons les cas où un défaut d'asepsie ou d'antisepsie met entre les mains de l'opérateur des matériaux infectés. Mais, quand la soie est éliminée plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération, il est difficile d'incriminer une faute d'asepsie commise dans l'acte opératoire. Cette élimination est souvent très tardive. Corvin et Vicol (de Jassy), citent des cas où la soie a été éliminée 1 ou 2 mois et même 7 mois après l'intervention chez quatre de leurs malades.

Diverses théories dans le détail desquelles nous n'entrons pas ont été mises en avant pour expliquer ces accidents, mais aucune n'a su rallier la majorité des opinions.

Voulant se soustraire à ces accidents d'élimination, un grand nombre de chirurgiens, Lister en tête, crurent être à l'abri de tout ennui avec les fils résorbables et employèrent le catgut. Mais là encore ils se trouvèrent en présence d'inconvénients sérieux.

Tout d'abord la stérilisation du catgut qui, vu la matière première doit être particulièrement soignée est des plus délicates.

Il n'est pas de chirurgiens qui n'ait eu dans sa pratique à un moment donné des déboires causés par des négligences dans la préparation du catgut qui est à sa disposition. Et c'est à cette difficulté de stérilisation qu'il faut attribuer la

boutade, non dépourvue d'exagération toutefois, du professeur Kocher « For, mit dem catgut! » Au diable le catgut!

M. le professeur Terrier écrit que « Rien n'est plus septique que le catgut. Pour l'avoir bon il faudrait commencer à l'aseptiser au moment où on le prend des intestins de l'animal ».

Certains auteurs, Poppert (1896) et Julius Troppert entre autres, prétendent même qu'il est impossible d'en obtenir l'asepsie parfaite, et Gibert dans sa thèse de doctorat (1900) vient surenchérir cette opinion en disant que « la suture à étages faite au moyen du catgut réalise toutes les conditions de l'infection, partant de la suppuration et des éventrations consécutives. »

Cette assertion nous semble exagérée et tout en reconnaissant la difficulté d'obtenir un catgut absolument stérile, nous croyons néanmoins que ce résultat est possible. Les procédés de stérilisation ont fait ces dernières années de gros progrès et, en particulier à Bordeaux, les catguts préparés selon la méthode de M. le professeur Barthe offrent toutes les garanties possibles de stérilité. Les résultats viennent d'ailleurs en proclamer l'excellence. Nous nous sommes en effet, livré, dans les divers services de chirurgie de cette ville, à une petite enquête à ce sujet et nous avons pu constater que les suppurations dûes au catgut étaient en très petit nombre et que la moyenne atteignait difficilement le 3 0/0. Si l'on veut bien admettre que dans ces chiffres le catgut n'est pas toujours seul en cause et qu'il n'est pas impossible qu'une faute contre l'asepsie se soit glissée pendant l'opération — on conviendra aisément qu'il ne faut pas proscrire délibérément l'emploi du catgut — et que dans le cas particulier on peut l'employer sans crainte dans la cure radicale de la hernie.

Malheureusement, pour amener le catgut à ce degré d'asepsie on est obligé d'utiliser la stérilisation sèche et de ce seul fait découle un inconvénient qui nous paraît plus grave que le précédent. Sous l'influence de cette méthode, en effet, le catgut devient complètement anhydre et plongé dans

les tissus il s'imprègne de sucs organiques, se ramollit, ne tarde pas à se désagréger et sa résorption est très rapide, si rapide que la cicatrisation n'a pas toujours le temps de se faire ou du moins de se consolider.

On est d'ailleurs très loin d'être fixé sur le temps que met un morceau de catgut pour se résorber et personne ne pourrait dire, même approximativement vers quelle époque disparaîtront les éléments d'une suture.

Il est admis, en général, que ce travail de résorption dure de huit à quinze jours; mais cela dépend de la grosseur du fil, du mode de stérilisation employé et d'autres conditions qui nous échappent. C'est ainsi qu'il arrive parfois au cours d'une nécropsie, de voir, sur une même suture faite avec un même catgut, des points résorbés et d'autres ne l'étant pas. On comprend alors parfaitement que, si lorsqu'on suture certains tissus tels que le péritoine ou la peau, dont la cicatrisation se fait rapidement, la disparition prématurée du catgut est de peu d'importance, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de plans comme les plans musculaires et aponevrotiques dont la réunion se fait beaucoup plus lentement, et dure parfois dix et quinze jours. Et si sur une suture profonde, quelques points arrivent à disparaître avant que le travail de cicatrisation ne soit complètement achevé — les 2 lèvres de l'incision vont s'écarter sous l'influence d'un effort minime, (le simple fait de tousser, par exemple), — il y aura à ce niveau une solution de continuité, un « locus minoris résistentiæ » de la paroi abdominale et le malade sera à la merci d'une récurrence ou d'une éviscération.

C'est pourquoi Jaboulay, afin d'obvier à cet inconvénient emploie-t-il le tendon de renne, et H. Marcy, de Boston, le tendon de la queue de kangaroo qui sont beaucoup plus lents à se résorber que le catgut.

Un deuxième reproche susceptible d'être fait à la suture par étages est le suivant: les différents plans qui constituent une paroi ne sont pas sur le vivant nettement séparés: il

existe entre eux, les réunissant et les solidarisant en quelque sorte, une trame conjonctive supportant des vaisseaux et des nerfs.

En faisant son incision étages par étages, le chirurgien a rompu ces adhérences, brisé ces liens de réunion et il ne pourra plus les réparer, lorsqu'à la fin de l'opération il se mettra en devoir de restaurer la paroi. Il existera donc, entre ces différents plans, des cavités virtuelles, des espaces morts en quelque sorte, où viendront stagner les liquides et les sérosités résultant du traumatisme et si l'opération ne s'est pas effectuée avec toutes les précautions antiseptiques voulues et si la plaie chirurgicale a été pour les microbes une porte d'entrée, ils auront vite fait de pulluler dans ce milieu humide et chaud et d'y déterminer une collection purulente.

Tous ces inconvénients n'existent plus lorsque l'on utilise la suture en masse. Ici plus n'est besoin de fils résorbables — puisqu'il n'y a plus de fils perdus — et l'on peut employer des substances rigoureusement aseptiques telles que l'argent ou le crin de Florence. Plus d'espaces morts, plus de cavités virtuelles; grâce à ce procédé les divers étages qui constituent la paroi sont intimement accolés les uns aux autres et ont vite fait de rétablir entre elles de solides attaches.

Mais on ne peut s'empêcher de reprocher à cette méthode d'être un peu désordonnée et de procéder, en quelque sorte à l'aveugle. « Une cicatrice est d'autant plus solide à dit Lucas Championnière, que la réunion a été plus parfaite; il faut que tous les plans successifs que tous les tissus divisés soient rapprochés et que, de la surface au fond, les deux lèvres soient intimement accolées. » Or, il nous semble précisément que la suture en masse réponde mal à ces indications. Les différents étages qui constituent la paroi abdominale ne pouvant être opposés directement les uns aux autres, comme cela devrait être, il paraît difficile d'en assurer la coaptation parfaite; bien plus on n'est pas certain d'affronter exactement

les surfaces cruentées, et l'on risque de mettre en contact la ligne d'incision du muscle transverse par exemple, avec la face latérale de l'aponévrose du grand oblique. Il en résultera, sinon un défaut de cicatrisation, du moins un retard appréciable. Ce n'est pas tout, la suture en masse emploie des fils séparés et pour que la réunion se forme aussi exactement que possible il est de toute nécessité que les fils soient bien serrés. Or, outre que la striction exagérée des fils peut occasionner des déchirures ou des écrasements de tissus, elle entraîne également une différence dans le mode de coaptation des deux lèvres de la plaie. Au niveau des points de suture le contact sera parfait, trop parfait peut-être, mais il n'en sera pas de même dans l'espace qui sépare deux points consécutifs où il sera à peine suffisant; à ce niveau il y aura plus ou moins de relâchement, les lèvres bailleront, la cicatrisation se fera moins bien; elle n'aura jamais en tout cas, la parfaite régularité que donne le surjet dans la suture par étages. De plus, la peau étant soudée aux plans sous-jacents n'aura plus sa mobilité et l'esthétique y perdra ce qui est loin d'être négligeable.

Enfin, si pour une raison quelconque la cicatrice obtenue par la suture en masse venait à suppurer, car il faut y penser toujours — on ne pourrait limiter le pus dans un étage comme cela est possible dans la suture par plans séparés; il faudrait, de toute nécessité faire sauter les fils qui seuls tenaient fermée la paroi abdominale. Tout est alors à refaire et la solidité de la nouvelle cicatrice s'en ressentira forcément, on exposera le malade à une récurrence ou une éventration.

Telles sont les principales critiques que nous croyons pouvoir faire à ces deux procédés — l'un et l'autre ont de gros avantages, mais tous deux présentent des inconvénients notables. Et il semble que la méthode qui se rapprocherait le plus de l'idéal serait celle qui tiendrait de l'une et de l'autre à la fois — et qui tout en unissant les divers plans entr'eux,

les réunirait d'une façon parfaite en en reproduisant la disposition anatomique.

C'est ce que M. le Prof. agrégé Chavannaz a essayé de réaliser en employant le manuel opératoire que nous allons décrire au chapitre suivant.

---

### CHAPITRE III

---

#### **Procédé de M. le Professeur agrégé Chavannaz.**

*Premier temps.* — Incision de 6 à 8 cm. environ, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et aboutissant au dessus de l'orifice externe du canal inguinal.

*Deuxième temps.* — On met ainsi à nu l'aponévrose du grand oblique et les bords de l'anneau inguinal superficiel. Incision de l'aponévrose du grand oblique jusqu'au niveau de l'anneau inguinal profond et même au dessus. Les deux lèvres sont repérées avec des pinces.

*Troisième temps.* — Entre ces deux lèvres écartées on aperçoit le cordon que l'on soulève en masse avec le doigt. Le sac étant reconnu on l'ouvre au bistouri en ayant soin d'inciser tout d'abord le sac fibreux puis le sac séreux comme l'enseigne Broca. Puis après avoir exploré sa cavité avec le doigt, détruit les adhérences intestinales s'il en existe ou réséqué une portion d'épiploon hernié, si cela est nécessaire; on dissocie à la compresse les éléments du cordon et l'on pousse cet isolement le plus haut possible jusqu'au dessus de l'orifice inguinal interne.

Cela fait, on ligature le sac à l'aide d'un catgut, on résèque

au dessous du lien et le moignon péritonéal rentre dans la fosse iliaque.

*Quatrième temps.* — C'est le temps original de la méthode. Armé de l'aiguille d'Emmet on suture en masse au fil d'argent les lèvres inférieures et supérieures de la plaie.

On commence par la partie externe de la plaie et sur la lèvre inférieure. L'aiguille passe à travers la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose du grand oblique, l'arcade de Fallope, chemine au devant du péritoine, du fascia transversalis, au devant également du cordon refoulé au besoin par la pince de l'aide, puis ressort à la lèvre supérieure de la plaie en retraversant le fascia transversalis, le transverse, le petit oblique, l'aponévrose du grand oblique, le tissu cellulaire et la peau.

On passe ainsi à travers tous ces plans et toujours au devant du cordon, trois fils d'argent qu'on laisse en place sans les serrer.

*Cinquième temps.* — On fait alors au moyen de surjets au catgut la coaptation des plans successifs comme dans le procédé de Bassini, en reconstituant d'abord la paroi postérieure qui cette fois, se trouve au devant du cordon, puis la paroi antérieure constituée par l'aponévrose du grand oblique.

Le cordon laissé profondément en arrière des points de suture est donc sous-péritonéal et il sort de l'abdomen non plus à l'endroit de l'orifice profond du canal inguinal, mais au niveau du pubis par un orifice très étroit limité en bas par l'arcade de Fallope et le pilier inguinal externe; en haut par le tendon conjoint et le pilier inguinal interne; et en dedans par le pubis.

*Sixième temps.* — Il ne reste plus qu'à réunir les deux chefs de chaque fil d'argent, ce que l'on fait en les tordant l'un sur l'autre et à placer entre ces fils quelques points de suture superficiels au crin de Florence.

Les fils d'argent sont en général enlevés du 12<sup>e</sup> au 13<sup>e</sup> jour.

La durée totale de l'opération varie de 7 à 15 minutes suivant les cas.

A la simple lecture il semble que ce procédé, tout en possédant les avantages de la suture en masse et de la suture par étages réponde d'une façon efficace aux objections qui leur ont été faites.

En effet, nous avons vu que s'il est possible d'avoir actuellement des catguts rigoureusement aseptiques, cette substance aurait le gros inconvénient de se résorber trop vite et de ne pas laisser, aux plans mis en présence le temps de se cicatriser complètement.

Ici, ce reproche n'a plus sa raison d'être car les fils d'argent, qui dans la circonstance jouent le rôle de suture de sûreté, empêcheront l'écartement des lèvres de la plaie et les maintiendront en présence.

Comme dans la suture en masse les « espaces morts » ne sont pas à craindre et cependant on a exécuté une « réfection topographique » de la paroi: la réunion des différents étages est très exacte, le parallélisme des plans est parfait.

En outre ces cicatrices superposées maintenues en contact intime grâce aux 3 fils d'argent, contractent entre elles des adhérences, se pénètrent les unes les autres, et les conditions de solidité se trouvent ainsi singulièrement augmentées.

Enfin il est inutile dans le procédé de M. le professeur agrégé Chavannaz de serrer fortement les tissus pour en assurer la coaptation comme cela est nécessaire dans la suture en masse, puisque cette coaptation est déjà assurée par les surjets profonds; ainsi on évite du coup l'enroulement possible des lèvres de l'aponévrose, l'écrasement ou la coupure des tissus et leurs fâcheuses conséquences.

## CHAPITRE IV

---

### Observations

Nous devons les observations que nous rapportons au cours de notre travail, à l'obligeance de M. le professeur Demons qui a bien voulu nous laisser consulter les registres d'opérations de l'Hôpital Tastet-Girard, à celle de M. le professeur agrégé Chavannaz et de notre ami le docteur J. Lacouture, chef de clinique chirurgicale, de l'hôpital St-André.

Nous avons surtout cherché à observer les résultats éloignés des malades ayant subi la cure radicale de leurs hernies par le procédé qui fait l'objet de cette thèse. Il nous a malheureusement été impossible de les recueillir tous, non pas faute de bonne volonté, mais on sait combien il est difficile de retrouver des malades qui ont quitté l'hôpital depuis si longtemps. Nous avons nous-même revu la plupart de ces malades; nous avons fait l'examen attentif de leur paroi inguinale, de leurs anciens trajets herniaires, de leur cicatrice. Nous nous sommes ainsi rendus compte de la présence ou non de récidives. Les malades que l'éloignement ne nous a pas permis d'examiner, ont répondu par lettre à un interrogatoire détaillé que nous leur avons adressé, ou bien ont été revus par leurs médecins respectifs qui très aimablement ont bien voulu nous transmettre le résultat de leur examen; et auxquels nous adressons nos plus vifs remerciements.

## OBSERVATION I

L. P..., trente-cinq ans, infirmier, entre en septembre 1900 à la salle 18 de l'hôpital St-André pour hernie inguinale droite.

Hernie survenue il y a quatre ans à la suite d'un effort, mal maintenue par un bandage, occasionnant des coliques fréquentes.

Hernie inguinale droite du volume d'une grosse mandarine descendant dans les bourses dans la position debout et sous l'influence de la toux. L'anneau inguinal externe est largement dilaté.

Cure radicale le 23 septembre 1900, par le Dr Chavannaz. Rien à signaler au cours de l'intervention. Au 5<sup>e</sup> jour on constate une légère suppuration de la plaie opératoire. Le malade avoue avoir refait lui-même son pansement qui, dit-il, s'était dérangé.

Sort guéri le 27 octobre 1900.

Revu par nous le 18 novembre 1900. Ce malade se porte à merveille. La cicatrice a parfaitement tenu, et il n'y a pas trace de la moindre récurrence.

Il ne porte pas de bandage.

## OBSERVATION II

Ch. F..., trente-cinq ans, charpentier, salle 18. Hôpital St-André.

Hernie inguinale droite survenue il y a deux ans en levant un morceau de bois. A toujours porté un bandage qui la maintenait convenablement. Actuellement souffre de coliques fréquentes et vient se faire opérer.

Petite hernie du volume d'une noix ne descendant pas dans les bourses et réductible facilement. L'anneau inguinal est assez dilaté.

Cure radicale le 20 septembre 1901, par M. le Dr Chavannaz. Suites bonnes. On enlève les trois fils d'argent le 1<sup>er</sup> octobre 1901.

Sort guéri le 18 octobre 1901.

Revu par nous le 12 novembre 1907. Guérison maintenue. Pas de récurrence. A porté un bandage quelque temps après l'opération ; ne le porte plus depuis.

#### OBSERVATION III et IV (Chavannaz, résumée)

F. J..., ecclésiastique, trente-deux ans.

Hernie inguinale double, volumineuse, descendant dans les bourses, occasionnant de douloureux malaises et des coliques fréquentes. Elles sont toutes deux complètement réductibles, mais sont mal maintenues par le bandage.

Cure radicale double, le 14 mars 1901.

Suites bonnes. Le malade sort guéri trois semaines après l'intervention.

Revu par nous le 18 novembre 1907. Guérison parfaitement maintenue. Les cicatrices sont solides. Pas de récurrence. Porte souvent une ceinture abdominale.

#### OBSERVATION V (Chavannaz, résumée.)

C..., dix-neuf ans.

Il s'agit d'une hernie funiculaire épiploïque non douloureuse, mais dont le malade veut la suppression pour pouvoir s'engager. La hernie est peu volumineuse, l'orifice est relativement étroit.

Cure radicale le 18 mars 1902. Facile et sans incidents.

25 mars, ablation des fils d'argent.

30 mars, ablation des crins.

8 avril, sort guéri.

Revu par le Dr L..., qui nous dit que ce malade est en ce moment au service militaire et se porte très bien. La hernie n'a pas récidivé. Il ne porte pas de bandage.

## OBSERVATION VI

J. C..., cocher, vingt-cinq ans, entre le 6 août 1902, salle 18, Hôpital St-André, pour hernie inguinale directe étranglée.

Le 7 août 1902, vers 8 heures du matin, à la suite d'un faux pas en sautant de sa voiture en marche, le malade a ressenti subitement une très vive douleur dans la région inguinale droite en même temps qu'apparaît une tumeur du volume d'un gros œuf. Le malade entre chez lui, appelle un médecin, qui, ne pouvant réduire la hernie, le fait entrer à l'hôpital.

Cure radicale le 7 août 1902. — Suites opératoires très bonnes. Réunion par première intention.

Le malade sort guéri le 30 août 1902.

A été revu par le docteur V..., qui nous écrit à la date du 12 décembre 1907, que la hernie n'a pas reparu et que le malade n'a jamais plus souffert de son aine ; il ne porte pas de bandage.

## OBSERVATION VII (Chavannaz résumée).

M. H., 26 ans, employé de commerce.

Hernie inguinale gauche, datant de l'enfance et descendant le long du cordon. Le testicule descend un peu plus bas que le droit.

Cure radicale le 29 septembre 1902. Décortication facile, ligature en chaîne du sac. 3 fils d'argent comprenant la totalité de la paroi sauf le péritoine. Double surjet au catgut : un musculaire, un aponévrotique. Suture cutanée aux crins de Florence.

Pas d'accidents consécutifs. Réunion par première intention.

Sort guéri trois semaines après l'intervention.

Ce malade nous écrit à la date du 18 novembre 1907, que sa hernie est revenue depuis quatre mois environ, à la suite de rapport sexuels. Il n'a jamais porté de bandage et nous dit être atteint d'une constipation opiniâtre qu'il combat avec acharnement mais sans grand succès.

### OBSERVATION VIII et IX

L. D., 35 ans, entre à l'Hôpital Tastet-Girard, le 19 avril 1902, pour hernie inguinale double.

La hernie droite est survenue en 1898 après des efforts de toux, la gauche date de l'année dernière et serait apparue après une longue marche.

Bubonocèle à droite, pointe de hernie à gauche. Paroi musculaire faible.

Cure le 21 avril 1902, par le docteur Chavannaz. Bonnes suites opératoires. Réunion par première intention.

Sort guéri le 16 juillet 1902.

Revu le 10 novembre 1907. Les cicatrices paraissent solides. Pas de récurrence. Porte une ceinture.

### OBSERVATION X

E. G., boulanger 20 ans. Entre à l'hôpital Tastet-Girard, le 20 juillet 1902.

Hernie inguinale gauche de la grosseur d'un œuf, survenue sans cause appréciable il y a 4 ans. Réductible facilement et bien maintenue par un bandage.

Anneau inguinal externe très dilaté. Paroi faible.

Cure radicale le 6 août 1902. Bonnes suites opératoires. Réunion per primam.

Sort guéri le 28 août 1902.

Ce malade nous écrit à la date du 1<sup>er</sup> décembre 1907 que sa hernie n'a pas reparu malgré son dur métier et qu'il ne porte pas de bandage.

---

## OBSERVATION XI

M. B..., bouchonnier, vingt-huit ans, entre à l'hôpital Tastet-Girard le 26 mars 1903 pour être opéré d'une hernie inguinale.

Grosse hernie inguinale descendant très bas dans le scrotum, réductible dans position couchée. Non douloureuse.

L'anneau est largement ouvert et permet facilement l'introduction du pouce.

Cure radicale le 1<sup>er</sup> avril 1903. Suites excellentes.

Le 10 avril ablation des 3 fils d'argent.

Le 28 avril, sort complètement guéri.

Nous n'avons pu revoir ce malade, mais M. le Docteur Chavannaz qui a eu l'occasion de le retrouver à plusieurs reprises, nous a dit qu'il se portait à merveille.

## OBSERVATION XII

M. B..., vingt-trois ans, couturière, entre le 12 septembre 1903 à l'hôpital Tastet Girard pour hernie inguinale droite.

Petite hernie survenue il y a trois ans à la suite d'un saut ; bien contenue par un bandage, se réduisant facilement et n'occasionnant que quelques rares coliques de temps en temps.

Cure radicale le 16 septembre 1903. Rien à signaler. Bonnes suites opératoires. Réunion par première intention.

Sort guérie le 10 octobre 1903.

Nous avons revu cette malade le 14 novembre 1907. Elle est mariée est mère d'un petit garçon. La cicatrice a très bien tenue, pas de récédive.

---

### OBSERVATION XIII

M. J..., cultivatrice, vingt ans.

Hernie inguinale droite datant de 4 ans, maintenue par un bandage et facilement réductible.

L'anneau inguinal externe permet facilement l'introduction de l'index.

Cure radicale le 5 juin 1903 par le Docteur Chavannaz.

Rien à signaler au cours de l'intervention. Suites très bonnes.

Sort guérie le 28 juin 1903.

La malade nous écrit à la date du 17 novembre 1907 que la guérison s'est parfaitement maintenue ; et que malgré une grossesse survenue un an après son opération, la hernie n'a pas reparu.

Elle porte un bandage qu'elle quitte souvent mais qu'elle reprend dès qu'elle est obligée de faire des travaux fatigants.

### OBSERVATION XIV (Chavannaz, résumée).

R. C..., quinze ans et demi.

Longtemps chétif s'est beaucoup développé dans ces derniers temps si bien qu'il a une taille au-dessus de la moyenne.

Depuis l'âge de 2 ans tuméfaction de la bourse droite augmentant par fatigue et diminuant par le repos.

Il y a 7 ans, ponction de la vaginale par M. le docteur Piéchaud. L'affection a continué. Aujourd'hui on constate une tuméfaction transparente du volume d'un œuf, réductible en partie par la pression.

Rien à gauche.

28 août, cure radicale par le docteur Chavannaz. Le sac est ouvert, l'épiploon adhérent est réséqué. Isolation du sac, la partie supérieure est liée par une double ligature au catgut. La partie inférieure du sac est fermée par une suture en bourse et ferme la vaginale. Suites bonnes. Guérison per primam. Sort muni d'un bandage.

Ce jeune homme a été revu par le docteur L... qui nous écrit à la date du 12 novembre 1907 qu'il est complètement et admirablement guéri. Il ne porte plus son bandage depuis longtemps et peut se livrer à toutes sortes d'exercices.

#### OBSERVATION XV et XVI

J. P..., trente-cinq ans.

Hernie inguinale double plus marquée à gauche qu'à droite.

Cure radicale en novembre 1905.

Ce malade a été revu par le docteur Chavannaz ; il se porte très bien et la guérison s'est parfaitement maintenue.

#### OBSERVATION XVII

P. G..., charretier, quarante ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 5 avril 1904.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu une hernie ombilicale.

Hernie inguinale gauche survenue il y a trente-deux ans à la suite d'un coup de pied de vache. N'a porté un bandage qu'à partir de vingt-cinq ans.

Il s'agit d'une grosse hernie incomplètement réductible ; l'anneau externe est très distendu. Paroi abdominale solide mais très grasseuse.

Opération le 8 avril 1904, selon le procédé Chavannaz, suites bonnes. Les fils d'argent sont enlevés le 16 avril, réunion par première intention.

Le malade est guéri le 27 avril 1904.

Nous avons pu revoir ce malade le 12 novembre 1907, la hernie n'a pas reparu, la solidité de la cicatrice est parfaite. Il continue à porter un bandage.

### OBSERVATION XVIII

G. A..., employé de commerce, dix-sept ans. Entré le 2 juillet 1904.

Hernie inguinale gauche, survenue il y a deux ans, à la suite d'une course fatigante à bicyclette ; porte un bandage depuis le premier jour.

Hernie du volume d'une noix facilement réductible. Paroi bonne, anneau permettant l'introduction de l'index.

Opération le 6 juillet 1904. — Cure radicale facile et sans incidents. Suites bonnes. On enlève les fils d'argent le 16 juillet. Réunion par première intention. Sort guéri le 10 août 1904.

Revu par nous le 7 novembre 1907. Cicatrice parfaite, pas de récurrence. A porté le bandage pendant trois mois, ne le porte plus actuellement.

### OBSERVATION XIX

P. C..., tailleur d'habits, vingt-deux ans, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 11 juillet 1904.

Hernie inguinale droite survenue il y a cinq ans à la suite d'un coup de pied dans l'abdomen. Ne porte un bandage que depuis un an.

Grosse hernie à contenu épiploïque partiellement réductible : non douloureuse.

Opération le 16 juillet 1904. — Le sac est biloculaire, l'épiploon adhérent ce qui rend l'opération difficile. Suites excellentes. On sort les fils d'argent le 25 juillet 1904. Réunion per primam.

Sort guéri le 25 août 1904.

Revu le 14 novembre 1907. Le malade va très bien. Pas de menace de récurrence. Ne porte plus de bandage.

---

OBSERVATION XX et XXI

J. M..., manoeuvre, quarante-quatre ans, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 18 juillet 1904.

Hernie inguinale double survenue il y a trois mois, en soulevant un fardeau. On lui ordonne un bandage que le malade n'a pas quitté depuis.

Petites hernies très facilement réductibles toutes deux. La droite est plus volumineuse que la gauche et atteint les dimensions d'une mandarine.

Opération le 9 juillet 1904. — Cure facile et sans incidents. Suites très bonnes. Les fils d'argent sont enlevés le 7 août, Réunion par première intention.

Sort guéri le 19 août 1904.

Revu par nous le 8 novembre 1907. Cicatrices solides. Pas de menace de récurrence. A porté un bandage pendant les six mois qui ont suivi l'opération, actuellement ne le met plus que lorsqu'il fait un travail pénible.

OBSERVATION XXII et XXIII

P.-S. G..., manoeuvre, quarante-trois ans, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 14 septembre 1904.

Hernie inguinale double datant de trois mois, survenue en soulevant une barrique. N'a jamais porté de bandage.

Hernies épiploïques facilement réductibles et de la grosseur d'une noix environ.

Opération le 23 septembre 1904. — Rapide et sans incidents. Suites bonnes. Réunion par première intention. On enlève les fils d'argent le 4 août 1904.

Sort guéri le 20 octobre 1904.

Revu par nous le 8 novembre 1907. Son état est parfait. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXIV

J. L..., seize ans, tailleur, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 29 octobre 1904.

Hernie inguinale gauche dont le début, à la suite d'un effort, remonte à quatre ans. Hernie peu volumineuse, non douloureuse, facilement réductible. Le port du bandage a été constant.

Opération le 14 novembre 1903. — Suites bonnes. Réduction par première intention. Les fils d'argent sont enlevés le 27 novembre.

Sort guéri le 10 décembre 1904.

Revu par nous le 16 novembre 1907, le résultat est excellent, la paroi solide, le malade a porté un bandage pendant trois mois après sa sortie de l'hôpital, n'en porte pas depuis.

#### OBSERVATION XXV

Ed. D..., dix-huit ans, tonnelier, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 5 janvier 1905.

Hernie congénitale gauche n'apparaissant qu'à la suite d'efforts, non douloureuse. Facilement réductible.

Opération le 5 janvier 1905. — Suites bonnes. Réunion par première intention. Les fils d'argent sont enlevés le 16 janvier.

Sort guéri le 9 février 1905.

Revu par nous le 14 novembre 1907. Le malade va très bien : aucune menace de récurrence ; ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXVI

Ph. P..., vingt ans, manœuvre, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 16 janvier 1905.

Hernie inguinale droite survenue il y a trois ans en chargeant un tombereau de sable. A toujours porté un bandage. Hernie non douloureuse, facilement réductible, du volume d'un petit œuf. Paroi forte.

Opéré le 25 janvier 1905. — Suites excellentes. Les fils d'argent sont enlevés le 6 février.

Sort guéri le 19 février 1905.

Nous n'avons pas pu revoir personnellement ce malade, mais un de ses amis nous a affirmé qu'il n'avait jamais été incommodé depuis et qu'il avait été pris bon pour le service militaire.

#### OBSERVATION XXVII et XXVIII

M. F..., 45 ans, est atteint de hernie inguinale double.

Elles seraient apparues il y a 4 ans, sans efforts apparents ; mais le malade attribue leur origine aux exercices d'escrime et de chant auxquels il se livre d'une façon suivie. La hernie gauche est de la grosseur d'une noix, ne descend pas dans les bourses, et se réduit très facilement ; à droite, simple pointe de hernie.

Cure radicale le 3 septembre 1904. Les suites sont excellentes et le malade sort complètement guéri trois semaines après l'opération.

Revu par nous le 25 novembre 1907 : guérison maintenue. Pas de récurrence. Le malade est enchanté de l'opération et ne porte plus de bandage.

#### OBSERVATION XXIX et XXX

Ch. P..., quarante ans, boulanger, vient à l'hôpital Tastet-Girard le 4 février 1904, pour hernie inguinale double.

Hernie droite date de six ans. Elle serait apparue à la suite d'un effort, en même temps qu'une violente sensation de déchirure dans l'aîne correspondante. A été contenue par un bandage depuis le début.

La hernie gauche est survenue il y a quinze jours en chargeant un sac de farine, et s'est accompagnée également d'une vive douleur.

Hernies peu volumineuses, réductibles facilement. Percussion sonore à gauche, légèrement mate à droite. Paroi forte. Les anneaux inguinaux externes sont légèrement dilatés de chaque côté.

Opération le 7 février 1904. — Cure radicale double. On trouve à droite quelques légères adhérences du sac et de l'épiploon. Suites bonnes. Les 3 fils d'argent sont enlevés le 18 février.

Le malade sort guéri le 16 mars 1904.

Revu par nous le 14 novembre 1907. Guérison maintenue. Cicatrisation solide, ne porte pas de bandage habituellement, mais en met un chaque fois qu'il fait un travail pénible.

#### OBSERVATION XXXI

G. P..., pâtissier, trente-cinq ans, entré à l'hôpital Tastet-Girard le 12 février 1905.

Hernie inguinale droite survenue après un effort il y a trois ans, et contenue par un bandage jusqu'à ce jour. Il y a trois jours, la hernie s'est étranglée et le malade est opéré d'urgence.

Cure radicale par le Dr Chavannaz, suites excellentes.

Le malade sort guéri le 16 mars 1905.

Revu par nous le 28 novembre 1907. Ce malade va très bien. Pas de récurrence. Porte une ceinture.

#### OBSERVATION XXXII et XXXIII

B. F..., agent de police, cinquante-et-un ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 11 avril 1905.

Hernie inguinale double survenue il y a trente-cinq ans, à la suite d'une marche forcée. Le malade a porté un bandage dès le début.

Hernies facilement réductibles : une grosse noix à droite, une petite amande à gauche.

Opération le 20 avril 1905. — Cure radicale de chaque côté. Suites

normales. Réunion per primam. Les fils d'argent sont enlevés le 2 mai.

Sort guéri le 28 mai 1905.

Le malade se porte très bien, à l'heure actuelle ; il fait usage du bandage.

#### OBSERVATION XXXIV

Pierre E..., homme d'affaires, quarante-quatre ans.

Entre à l'hôpital Tastet-Girard, le 17 avril 1905.

Hernie inguinale droite survenue il y a deux ans à la suite d'un faux mouvement. Porte un bandage Claverie depuis cette époque. Il y a deux jours en enjambant une barrière la hernie s'est étranglée. Le médecin mandé, essaya inutilement le taxis et envoie d'urgence le malade à Bordeaux.

Hernie du volume d'une orange. Pas douloureuse. Coliques fréquentes. Pas de vomissements.

Opération le 17 avril 1905. A l'ouverture du sac on trouve l'anse intestinale violacée longue de 15 centimètres. Débridement du collet et réduction dans l'abdomen. Suites excellentes.

Sort guéri le 11 mai 1905.

Ce malade nous a écrit à la date du 8 novembre 1907, qu'il se porte admirablement bien et que sa hernie n'a jamais reparu. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXV

C. P..., employé de tramways, cinquante-trois ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 13 juin 1905.

Hernie inguinale droite de force dont le début remonte à six ans. Hernie douloureuse, assez volumineuse et descendant dans les bourses.

Cure radicale le 23 juin 1905. Dans le sac herniaire on trouve l'appendice qui est enlevé. Suites très bonnes. Réunion per primam. Les fils d'argent sont enlevés le 30 juin.

Sort guéri le 24 juillet 1905.

Revu par nous le 20 novembre 1907. Le résultat est très bon. Pas de tendance à la récurrence. Le malade porte un bandage de temps en temps.

#### OBSERVATION XXXVI et XXXVII

Ad. Duc..., dix-huit ans, électricien. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 16 août 1905.

Hernie inguinale double survenue il y a deux ans, à la suite d'un effort violent. A porté un bandage depuis l'apparition des deux tumeurs. Hernies peu volumineuses facilement réductibles.

Opération le 19 août 1905. — Suites excellentes. Réunion per primam.

Sort guéri le 15 septembre 1905.

Revu par nous le 16 novembre 1907. Pas de récurrence. Porte une ceinture lorsque son travail est par trop pénible.

#### OBSERVATION XXXVIII

G. M..., ébéniste, quinze ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 28 août 1905.

Hernie inguinale droite, survenue il y a quinze jours en sautant une haie. Peu volumineuse et réductible.

Cure radicale le 30 octobre 1905. On tombe sur un canal vaginopéritonéal dont on résèque deux travers de doigt. Suites bonnes. Réunion per primam. Les fils sont enlevés le 12 novembre 1905.

Sort guéri le 30 novembre 1905.

Revu le 12 novembre 1907. Pas de récurrence. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXIX

Ed. A..., dix-sept ans, mécanicien. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 26 septembre 1905.

Le père était porteur d'une hernie assez volumineuse.

Hernie inguinale gauche congénitale descendant très peu dans les bourses ; n'a jamais porté de bandage. N'a jamais souffert. Anneau très large.

Cure radicale le 30 septembre 1905. Suites très bonnes. Réunion par primam.

Sort guéri le 29 octobre 1905.

Ce malade nous écrit à la date du 11 novembre 1907, que la hernie n'a pas reparu « et que tout marche à la perfection ». Il ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXX

P. B..., quarante-six ans, cultivateur. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 27 septembre 1905.

Hernie inguinale droite, survenue en 1885, en chargeant du blé. Guéri par bandage. Récidive en 1904, à la suite d'un effort. Le bandage ne peut plus la maintenir.

Volumineuse hernie inguinale descendant dans les bourses et réductible dans le décubitus dorsal.

Cure radicale le 30 septembre 1905. Suites excellentes. Réunion par première intention. On enlève les fils d'argent le 2 octobre,

Ce malade nous écrit à la date du 8 novembre 1907, que la hernie n'a pas récidivé, que son état est excellent et qu'il ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXXI

G. B..., joueur de chevaux, seize ans. Entré à l'hôpital Tastet Girard le 28 novembre 1905.

Hernie inguinale droite, à la suite d'un coup de pied de cheval et datant de trois ans ; du volume d'une noix, peu douloureuse, facilement réductible. Porte un bandage depuis le début.

Cure radicale le 30 novembre 1905. Suites parfaites. Réunion par première intention.

Sort guéri le 27 décembre 1905.

Ce malade nous écrit à la date du 7 novembre 1907, qu'étant piqueur de son métier, il lui arrive de rester dix heures à cheval, et de jouer à chaque instant du cor de chasse, et que malgré cela la hernie n'avait pas reparu. Il ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXXII

Ant. P..., maçon, cinquante-cinq ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 8 janvier 1906.

Hernie inguinale droite survenue il y a vingt-cinq ans, à la suite d'un travail pénible. N'a jamais porté de bandage.

Hernie très volumineuse descendant dans les bourses et présentant le volume des deux poings. Réductible dans le décubitus dorsal.

Cure radicale le 17 janvier 1906. Réunion per primam. Les fils d'argent sont enlevés le 29 janvier.

Sort guéri le 19 février 1906.

Revu par nous le 14 novembre 1907. Pas de récurrence ou de tendance à la récurrence. Résultat excellent. Porte toujours un bandage.

#### OBSERVATION XXXXIII

E. L..., dix-sept ans, cultivateur. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 30 mars 1906.

Son père a été opéré l'année dernière à Tastet par le docteur Chavannaz pour une hernie inguinale.

Hernie inguinale droite existant depuis l'âge de quatre ans, et probablement congénitale ; présentant le volume d'une noix. Le malade a porté par intermittence un bandage qui maintient très mal la réduction.

Cure radicale le 2 avril 1906. Suites excellentes. Réunion per primam. Sort guéri le 3 mai 1906.

Ce malade nous écrit à la date du 8 novembre 1907, que le résultat est aussi satisfaisant que possible. Il ne porte pas de bandage.

OBSERVATION XXXXIV

P. C..., encaisseur, cinquante-deux ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 22 mai 1906.

Hernie inguinale gauche volumineuse, irréductible, datant de trente ans, et survenue à la suite d'un effort.

Cure radicale le 27 mai 1906. On enlève les fils d'argent le 4 juin. Réunion par première intention.

Sort guéri le 22 juin 1906.

Revu par nous le 14 novembre 1907. La cicatrice est solide. Pas de menace de récidiye. Le malade porte un bandage.

OBSERVATION XXXXV

Fern. A..., capsuleuse, vingt ans. Entrée à l'hôpital Tastet-Girard le 19 avril 1906.

Hernie inguinale droite et hernie crurale droite survenues il y a un mois, à la suite d'un effort. A porté un bandage pour sa hernie crurale

Cure radicale le 21 avril 1906. Suites excellentes. Réunion par première intention. On enlève les fils d'argent le 2 mai.

Sort guérie le 29 mai 1906.

Cette malade, revue par nous le 10 novembre 1907, est enchantée des résultats opératoires. Elle s'est mariée trois mois après sa sortie de l'hôpital, et a accouché il y a deux mois d'un bel enfant à terme. La cicatrice n'a pas bronché. A porté un bandage pendant deux mois, l'a abandonné depuis.

OBSERVATION XXXXVI

P. L..., vingt-deux ans, carrossier. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 21 juin 1906.

Hernie inguinale droite survenue à la suite d'un effort il y a un an, du volume d'une noix, elle est un peu douloureuse et facilement réductible.

Cure radicale le 27 juin 1906. Réunion par première intention. Les trois fils d'argent sont enlevés le 5 juin.

Sort guéri le 25 juillet 1906.

Ce malade nous écrit à la date du 12 novembre 1907, que sa cicatrice est très solide et qu'il n'a pas de récurrence. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXXVII et XXXXVIII

A. B..., horticulteur, trente-six ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 9 juillet 1906.

Hernie inguinale double, toutes deux dues à un effort, la première à gauche il y a vingt-deux ans, la deuxième depuis dix-neuf ans. A toujours porté un bandage. Les deux sont réductibles et indolores et descendent dans les bourses.

Cure radicale double le 13 juillet 1906. Suites bonnes. Les fils d'argent sont enlevés le 24 juillet.

Sort guéri le 9 août 1906.

Revu par nous le 10 novembre 1907. Résultat excellent. Cicatrices solides ; n'a pas de récurrence. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION XXXXIX et L

C. E..., employé de commerce. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 16 juillet 1906.

Hernie inguinale double que le malade a constaté par hasard il y a un mois environ. N'a jamais rien éprouvé.

Pointe de hernie gauche de la grosseur d'une noix disparaissant complètement dans le décubitus dorsal. A droite légère pointe peu visible à l'inspection et ne pouvant être constatée que par la palpation.

Cure radicale double le 20 juillet 1906. Pas d'accidents signalés par la suite. Réunion per primam. Les trois fils d'argent sont enlevés le 1<sup>er</sup> août.

Le malade sort guéri le 17 août 1906.

Revu par nous le 15 novembre 1907. Ce malade qui est très bien guéri à droite porte une récurrence à gauche, récurrence qui s'est faite à la partie inférieure de la cicatrice.

#### OBSERVATION LI et LII

F. R..., vingt-trois ans, manoeuvre. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 6 août 1906.

Hernie inguinale double survenue en même temps il y a quinze jours à la suite d'un effort violent. Une noix à gauche, simple pointe de hernie à droite.

Cure radicale le 10 août 1906. Suites bonnes. Réunion per primam.

Le malade sort guéri le 7 septembre 1906.

Revu par nous le 12 novembre 1907. Pas de récurrence. Cicatrices solides. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION LIII

P. E..., trente-trois ans. Entré à l'hôpital Tastet-Girard le 6 août 1906.

Pointe de hernie inguinale à droite et à gauche, surtout à droite. Ce malade a été opéré il y a deux ans, d'une hernie crurale double et c'est depuis cette époque qu'il a commencé à souffrir dans les deux aines.

Cure radicale droite le 29 août 1906. Suites normales. Réunion per primam. Les trois fils d'argent sont enlevés le 10 septembre.

Sort guéri le 23 septembre 1906.

Nous avons revu ce malade le 12 novembre 1907. La hernie inguinale droite n'a pas récidivé et la cicatrice est très solide. Le malade porte un bandage herniaire gauche, car la pointe de hernie qui était du côté gauche est devenue un bubonocèle.

#### OBSERVATION LIV

Due à M. Lacouture, chef de clinique chirurgicale.

G. M..., trente-cinq ans, chaudronnier. Entré à la salle 18, de l'hôpital Saint-André le 9 novembre 1906, pour hernie inguinale gauche.

Hernie survenue il y a dix ans, à la suite d'un effort violent. A toujours été maintenue par un bandage. Jamais de signes d'étranglement. Coliques fréquentes.

Hernie du volume du poing, descendant dans les bourses, dans la station debout et sous l'influence de la toux. Réductible avec gargouillements. Sonore à la percussion.

Cure radicale selon le procédé du docteur Chavannaz, le 12 novembre 1906. Suite opératoire excellente. Les fils d'argent sont enlevés le 24 novembre.

Le malade sort complètement guéri le 3 décembre.

Revu le 30 novembre 1907. Cicatrices excellentes. Pas de récurrence. Le port du bandage a été maintenu.

#### OBSERVATION LV

Due à M. Lacouture, chef de clinique chirurgicale

B. F..., quarante-trois ans. Entré le 21 septembre 1906, salle 18, hôpital Saint-André pour hernie inguinale droite.

Hernie de force, datant de six mois, peu volumineuse, réductible, non douloureuse.

Cure radicale le 24 septembre 1906, selon le procédé de M. Chavannaz. Suites bonnes.

Sort guéri le 20 octobre 1906.

Revu par nous le 30 novembre 1907. Guérison maintenue. Pas de récurrence. Ne porte pas de bandage.

## OBSERVATION LVI

H. F..., vingt-neuf ans, mécanicien. Entré à l'hôpital Saint-André, salle 11, le 3 décembre 1906, pour hernie inguinale.

Le malade était porteur depuis l'âge de trois ans, d'une hernie inguinale. Au moment de son service militaire cette hernie avait le volume d'un œuf. Elle était contenue par un bandage. Il fut opéré pendant son service militaire. Il resta trois semaines au lit, il y eut une réunion par première intention. Le malade était complètement guéri. il ne porta un bandage qu'un an plus tard. Trois ans après l'opération, le malade s'aperçoit que sa hernie récidive et se reproduit à l'occasion d'efforts de la toux. Son volume s'est accru lentement depuis.

État actuel. — A la partie supérieure de la cicatrice, lorsqu'on fait tousser le malade, l'on voit se dessiner une tuméfaction du volume d'un œuf. Là on trouve un anneau élargi admettant l'extrémité de l'index. De l'autre côté, l'anneau inguinal est également élargi et admet aussi l'extrémité du doigt qui est refoulé par l'intestin lorsque le malade tousse.

Opération le 5 décembre 1906. — Rien à signaler au cours de l'intervention. Suites excellentes. Réunion per primam.

Sort guéri le 26 décembre 1906.

Revu le 10 décembre 1907. Cicatrices parfaitement solides. Pas de récidive. Porte un bandage de temps en temps.

## OBSERVATION LVII

R. P..., trente-quatre ans, femme de chambre. Entrée le 6 novembre 1906, à l'hôpital Saint-André, salle 11, pour être opérée d'une hernie inguinale gauche.

Hernie du volume d'une petite mandarine, survenue il y a deux mois en aidant à porter une malle. Facilement réductible, non douloureuse. L'orifice externe est assez dilaté. La paroi abdominale paraît un peu faible. Rien à droite.

Opération le 9 novembre 1906. — Rien de particulier à signaler au courant de la cure radicale. Réunion par première intention.

Sort guérie le 3 décembre 1906.

Nous avons revu cette malade le 21 novembre 1907. La cicatrice est solide et on ne trouve pas la moindre trace de récive. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION LVIII

P. D..., trente-cinq ans, cuisinier. Rentré le 24 décembre 1906, à l'hôpital Saint-André, salle 11, pour se faire opérer d'une hernie inguinale gauche.

Le malade s'est aperçu il y a neuf ans, qu'il avait au dessus de l'aîne gauche, une grosseur du volume d'une noix, réductible à la pression. Il prit un bandage, mais la hernie augmenta progressivement de volume ; il n'en a jamais souffert. Pas de constipation. Pas de phénomènes du côté de la miction.

Grosse hernie inguinale gauche, du volume des deux poings, descendant dans le scrotum. Se réduisant assez facilement avec des gargouillements sonores à la percussion. Anneau inguinal énorme.

Opération le 28 décembre 1906. — On trouve un gros lipôme dans le sac on ligature et on le résèque. Suites excellentes.

Sort guéri le 3 janvier 1907.

Revu le 28 novembre 1907. Cicatrice solide. Pas de récive. Porte un bandage.

#### OBSERVATION LIX

C. G..., dix-neuf ans, serrurier. Entré le 26 mars 1907, à l'hôpital St-André, salle 11, pour être opéré de hernie inguinale droite.

Cette hernie est survenue il y a deux ans, en essayant de soulever une enclume. A toujours porté un bandage depuis. Hernie de la grosseur d'un petit œuf, facilement réductible, sans gargouillements. Mate

à la pression. Non douloureuse. Anneau dilaté et permettant l'introduction de l'index.

Cure radicale le 29 mars 1907. On note quelques adhérences du sac et de l'épiploon facilement détruites. Réunion per primam.

Sort guéri le 27 avril 1907.

Revu le 4 décembre 1907. Guérison maintenue. Cicatrice résistante. Pas de récurrence. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION LX

B. L..., cinquante-trois ans, employé de tramways. Entré à l'hôpital Saint-André, salle 11, pour hygroma suppuré et hernie inguinale droite.

Il y a vingt-cinq ans, que le malade s'aperçut qu'il portait une petite hernie droite du volume d'une noix. Il ne s'en inquiéta pas beaucoup et reste quinze ans sans prendre de bandage. Entre temps la hernie se développa, elle atteignit le volume du poing, descendait dans les bourses, mais se réduisait facilement. Jamais de symptômes d'étranglement. Depuis dix ans, la hernie fut bien maintenue par un bandage et le malade n'en souffrait pas.

Au commencement de janvier, le malade s'aperçut que, au point d'application de la pelote de son bandage, se développait une grosseur qui atteignait bientôt le volume d'un œuf. Le malade en souffrait, c'est pour cela qu'il entra à l'hôpital. Le 2 février cette grosseur s'ouvre spontanément et il s'en écoule une grande quantité de pus. Après des pansements humides et secs successifs la suppuration se tarit dix jours après.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital outre une hernie inguinale droite, le malade était porteur d'un gros hygroma pré herniaire suppuré qui s'ouvrit spontanément. A la guérison complète de cet hygroma il se décida à se faire opérer de la hernie. Celle-ci était une grosse hernie inguinale du volume du poing, descendant dans le scrotum et se réduisant facilement, à contenu intestinal. Large anneau inguinal admettant deux doigts. De l'autre côté paroi faible mais pas de hernie.

Opération le 22 février 1907. — Cure radicale. Il existe des traces non douteuses d'inflammation ancienne et le sac est assez difficile à isoler.

3 mars. — Ablation des fils d'argent.

14 mars. — Ablation des crins. Le malade se lève ; réunion per primam.

25 mars 1907. — Sort guéri.

Revu le 7 décembre 1907. Guérison maintenue. Cicatrice solide. Porte un bandage.

### OBSERVATION LXI

Due à M. Lacouture, chef de clinique chirurgicale

F. C..., vingt-cinq ans, charpentier. Entré le 26 mars 1907, à l'hôpital Saint-André, salle 18, pour hernie inguinale droite.

Hernie survenue il y a deux ans, à la suite d'un effort, maintenue jusqu'à ces jours-ci par un bandage ; n'ayant jamais occasionné de douleurs ni de troubles fonctionnels. Hernie du volume d'une noix, réductible facilement avec gargouillements.

Cure radicale le 18 mars 1907. Selon la technique Chavannaz, le sac est réséqué très haut, et lié par une suture en chaîne au catgut. Trois fils d'argent comprenant la masse de la paroi abdominale sauf le péritoine, un double surjet au catgut, l'un musculaire, l'autre aponévrotique. On serre les fils d'argent, la peau est réunie par des points au crin de Florence. Suites excellentes.

Sort guéri le 30 avril 1907.

Revu par nous le 3 décembre 1907. Pas de récurrence. Guérison maintenue. Ne porte pas de bandage.

### OBSERVATION LXII

P. C..., dix-neuf ans, pâtissier. Entré salle 11, hôpital Saint-André le 27 mai 1907, pour se faire opérer d'ongle incarné et d'hernie inguinale droite.

Sa mère a une hernie droite depuis dix ans, survenue en levant un sommier.

Il y a huit mois le malade heurte son abdomen contre une table, ne ressentit pas de déchirement mais quinze jours après remarque dans ses bourses et du côté droit une grosseur qui tout d'abord peu volumineuse augmenta assez rapidement. Porte presque aussitôt un bandage. Pas de troubles fonctionnels. Pas de constipation. On constate du côté droit une hernie inguinale de la grosseur d'un petit œuf de poule, augmentant dans la position debout et dans les efforts de toux, mate à la percussion, réductible sans gargouillements.

L'orifice inguinal externe est large et permet facilement l'introduction de l'index. A gauche on constate également une pointe de hernie. Etat général excellent. Paroi bonne.

Cure radicale de hernie inguinale droite et de l'ongle incarné.

Opération le 21 mai 1907. — Suites excellentes. Réunion per primam.

Sort guéri le 26 juin 1907.

Revu le 7 décembre 1907. Cicatrice très bonne. Guérison maintenue. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION LXIII et LXIV

J. C..., trente ans, tonnelier. Entré le 29 mai 1907, salle 11, hôpital Saint-André, pour hernie inguinale double.

Père porteur d'une grosse hernie non opérée.

La hernie gauche est survenue il y a cinq ans, en levant une barrique. A porté un bandage presque aussitôt.

A droite la hernie s'est produite en février dernier, en soulevant un fardeau. Porte un bandage double depuis cette époque.

Les deux hernies sont réductibles facilement. Les deux orifices externes sont très dilatés. La paroi paraît bonne.

Cure radicale double le 31 mai 1907. Pas d'incidents à signaler au cours de l'intervention. Suites excellentes. Réunion per primam. On enlève les trois fils d'argent le 10 juin 1907.

Sort guéri le 24 juin 1907.

Revu le 30 novembre 1907. Les deux cicatrices paraissent solides.

Pas de traces de récurrence. Le malade va très bien. Porte une simple ceinture abdominale.

#### OBSERVATION LXV

M. M..., vingt-trois ans. Entré à l'hôpital Saint-André, dans le service du docteur Chavannaz, pour hernie inguinale droite.

Il y a quatre ans environ le malade s'est aperçu qu'il avait à droite une petite grosseur du volume du pouce et qui augmentait dans les efforts de toux. Il n'en a jamais souffert. La grosseur a un peu augmenté de volume depuis quelque temps, elle descend un peu dans les bourses mais se réduit facilement.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite du volume d'un œuf de pigeon se réduisant facilement. Anneau inguinal large, admettant facilement l'index. Anneau également un peu dilaté de l'autre côté.

Opération le 19 avril 1907.

Rien de particulier à signaler au cours de l'intervention. Réunion per primam.

10 mai. — Le malade est guéri.

Revu le 30 novembre 1907. Guérison maintenue. Pas de récurrence. Le malade est très bien. Ne porte pas de bandage.

#### OBSERVATION LXVI

L. A..., quinze ans. Entrée à l'hôpital Saint-André, salle 11, pour hernie inguinale droite survenue il y a trois ans, en sautant d'une table.

Hernie du volume d'une noix, réductible à la pression, sonore à la percussion et non douloureuse. L'anneau externe est largement dilaté et permet facilement l'introduction de l'index.

Opération le 21 juin 1907. — Cure radicale facile et sans incidents. Suites très bonnes. On enlève les trois fils d'argent le 29. Réunion per primam.

La malade sort guérie le 15 juillet 1907.

La mère de cette jeune fille nous écrit à la date du 21 novembre que la guérison s'est maintenue, et qu'il n'y a pas la moindre trace de récurrence. Elle ne porte pas de bandage habituellement, mais comme elle tousse depuis quelque temps elle l'a repris par précaution.

OBSERVATION LXVII

M. T..., vingt-huit ans, boucher. Rentre le 5 août 1907, à l'hôpital Saint-André, salle 11, pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite.

Hernie du volume d'un œuf de poule, réductible à la pression, mate à la percussion et descendant dans les bourses lorsque le malade enlève son bandage. Elle serait survenue il y a cinq ans, à la suite d'un effort. L'orifice inguinal externe droit est largement dilaté. Paroi bonne et bien musclée.

Opération le 7 août. — Cure radicale facile et sans incident. On trouve l'épiploon légèrement adhérent au sac et sous une faible étendue. Réunion per primam.

28 août. — Ablation des crins.

6 septembre. — Sort guéri.

Revu le 28 novembre 1907. La guérison s'est maintenue. Pas de récurrence. Ne porte pas de bandage. Depuis son opération il a un léger varicocèle qui l'oblige à porter un suspensoir, mais dont il n'est nullement incommodé.

OBSERVATION LXVIII

M. C..., vingt ans. Entrée le 17 août 1907, dans le service du docteur Chavannaz pour hernie inguinale droite.

Hernie congénitale, maintenue par un bandage, et non douloureuse. Son volume est celui d'une noix, et elle se réduit facilement. L'anneau inguinal externe est suffisamment dilaté pour permettre l'introduction facile de l'index. Paroi relativement bonne.

Cure radicale le 21 août. Sans incidents notables. Suite excellente. Guérison per primam.

Sort guéri le 19 septembre.

A la date du 23 novembre 1907, le docteur D..., qui a examiné la malade nous écrit que la cicatrice est excellente, et que la hernie n'a pas récidivé. Elle a porté pendant un certain temps une ceinture hypogastrique mais elle n'a actuellement aucun bandage.

Les observations que nous venons de rapporter font suffisamment ressortir l'efficacité du procédé de M. le Professeur agrégé Chavannaz et les faits cliniques viennent confirmer d'une façon indiscutable les avantages que la simple lecture de la technique opératoire nous avait fait entrevoir.

Il nous faut remarquer tout d'abord qu'au cours de ses nombreuses interventions, M. Chavannaz n'a pas eu un seul accident mortel. Nous ne relatons pas davantage dans les 68 observations de malades que nous avons pu retrouver un seul cas d'hématome du cordon, ou d'œdème des bourses, accidents qui, pourtant, sont assez fréquents avec le Bassini et c'est à peine si nous avons eu à signaler un léger varicocèle post-opératoire (Obs. 64). Enfin, sauf dans l'Obs. I, où le malade a manifestement infecté son pansement avec ses mains — nous n'avons pas eu à constater la moindre suppuration de la plaie opératoire pas plus tardive que précoce; et ce fait montre combien semblent exagérées, à l'heure actuelle, les accusations que l'on a porté contre le catgut au point de vue de la stérilisation.

Ainsi comme résultats immédiats ce procédé semble donner des garanties sérieuses soit au point de vue des complications à redouter, soit au point de vue de la réunion par première intention.

Mais c'est surtout par ses résultats éloignés que vaut un procédé de cure radicale de hernie, et ici non plus, l'excellence de la méthode ne fait pas de doute.

Si l'on fait en effet le relevé des 68 cas que nous avons pu retrouver, on s'aperçoit que:

|    |               |                               |                 |
|----|---------------|-------------------------------|-----------------|
| 1  | a été revu    | 7 ans après l'intervention,   | sans récurrence |
| 3  | ont été revus | 6 ans après l'intervention,   | sans récurrence |
| 6  | ont été revus | 5 ans après l'intervention,   | 1 récurrence    |
| 6  | ont été revus | 4 ans après l'intervention,   | sans récurrence |
| 14 | ont été revus | 3 ans après l'intervention,   | sans récurrence |
| 11 | ont été revus | 2 ans après l'intervention,   | sans récurrence |
| 15 | ont été revus | 1 an après l'intervention,    | 1 récurrence    |
| 11 | ont été revus | moins d'un an apr. l'interv., | sans récurrence |

Done, 2 récidives seulement sur 68 interventions, c'est-à-dire une récidive pour 34 cas, ce qui fait à peine du 3 0/0. Ce résultat est évidemment très beau et il serait à désirer que l'on puisse en rencontrer souvent de semblables en thérapeutique.

Nous n'avons pas eu à observer une seule éventration : partout les cicatrices se sont présentées à nous solides, résistantes, peu désagréables à la vue avec une peau bien isolée et glissant parfaitement sur les plans profonds. Trois jeunes filles, mariées très peu de temps après leur opération, ont pu mener leur grossesse à bonne fin sans le moindre inconvénient pour leur cicatrice (Obs. 12, 13 et 43).

Les deux récidives que nous avons constatées se sont produites toutes deux chez des jeunes gens.

La première (Obs. 7), est survenue 5 ans après l'opération. Nous n'avons pas pu voir le malade à cause de son éloignement, mais il nous a écrit qu'il attribuait sa rechute aux excès vénériens auxquels il se livrait. Il n'a jamais porté de bandage depuis sa sortie d'hôpital, et est atteint depuis un an d'une constipation rebelle à tout traitement. C'est là, sans nul doute la véritable cause de sa récidive.

Le deuxième malade a été opéré en juillet 1906 d'une hernie inguinale double et a vu sa hernie se reproduire à droite au mois de septembre 1907, c'est-à-dire 14 mois après l'opération. Il nous a été permis d'examiner cette récidive et nous avons remarqué qu'elle s'était formée à la partie tout-à-fait inférieure de la cicatrice au niveau du point où le cordon devenu sous-péritonéal — traverse la paroi abdominale directement d'arrière en avant. A gauche au contraire, la cicatrice a fort bien tenu, il n'y a pas la moindre trace de récidive. Notons également que le malade n'a jamais porté de bandage depuis son opération.

Cet exemple nous montre combien il faut apporter de soins à la confection de l'orifice qui permet le passage du cordon et que le chirurgien ne doit pas perdre de vue, que c'est là le

point faible des procédés qui consistent à refaire la paroi en avant de celui-ci.

Ces deux récidives sont deux récidives éloignées et Lucas Championnière semble ne pas être dans le vrai lorsqu'il affirme qu'une hernie se reproduit dans les six mois qui suivent l'opération ou bien ne se reproduit pas. En revanche, il paraît avoir raison, en recommandant aux malades de porter une ceinture après l'intervention et les faits semblent ici être en sa faveur.

Actuellement, de nombreux chirurgiens nient la nécessité à porter un bandage après l'opération, prétextant que si la cure est vraiment radicale, tout bandage est inutile dans le présent comme dans l'avenir. C'est ainsi que, dans le Bulletin médical du 7 décembre dernier, M. le professeur Berger dit qu'il ne fait pas porter de bandages à ses opérés. Or, il est admis d'une façon courante qu'il faut à peu près six mois pour que la consolidation de la plaie abdominale soit définitive.

Il nous semble qu'il y a entre ces deux façons de voir une sorte de contradiction — et s'il est vraiment prouvé qu'un tel espace de temps soit nécessaire pour que la paroi devienne parfaitement solide et capable de maintenir d'une façon efficace les viscères abdominaux — le port du bandage ne nous paraît pas une précaution si inutile. Nous croyons qu'il n'est pas sans imprudence de laisser ainsi des tissus non complètement cicatrisés exposés à tous les tiraillements qui résultent, soit d'un choc brusque tel qu'une quinte de toux ou un simple éternuement — soit d'une poussée lente, comme celle que détermine un effort violent. Ceci est surtout vrai pour les individus que l'on a opéré de hernie volumineuse et qui ont une paroi très relâchée — et pour ceux qui, de constitution chétive ne possèdent qu'une paroi abdominale mince et affaiblie; ce sont ces malades qui bénéficieront principalement du port d'un bandage.

Mais il est évident qu'il ne s'agit plus ici du bandage que le malade portait avant l'opération — lequel ne répond

en rien aux indications nouvelles. Le bandage compressif est destiné en effet, à produire en un point une pression énergétique pour supporter tout l'effort de l'intestin. Comme le dit fort bien Lucas Championnière, il ferme une porte ouverte, il bouche un trou. Un bandage de cette sorte mis sur une cicatrice n'appuiera que sur un point de cette cicatrice et exercera sur lui une pression continue de dehors en dedans qui pourra en déterminer l'atrophie: le remède serait pire que le mal. Le bandage, après l'opération, doit surtout être un bandage de protection — il ne faut pas qu'il exerce de pression violente et sa pelote doit être suffisamment grande pour pouvoir recouvrir non seulement toute la région de la cicatrice, mais encore une bonne partie de celle qui l'entoure, afin de disséminer la résistance sur une grande surface. Il doit de plus, être facile à porter et le moins gênant possible.

La ceinture qu'a décrite et préconisée Lucas-Championnière nous paraît réaliser parfaitement ces desiderata et nous semble l'adjuvant précieux du chirurgien pour la guérison complète et définitive des hernies inguinales.

---



## CONCLUSIONS

---

1<sup>o</sup> D'une manière générale, la cure radicale de la hernie inguinale donne des résultats très satisfaisants, et constitue, à n'en pas douter, le traitement réellement curatif de cette affection.

2<sup>o</sup> La technique que nous préconisons nous paraît pouvoir être conseillée — car elle permet en en supprimant les inconvénients, la suture par étages qui nous semble la plus naturelle et la plus sûre;

3<sup>o</sup> Les récidives se rencontrent dans un peu plus de 3 0/0 des cas. Les récidives éloignées ne sont pas très rares, puisque nos 2 seuls cas rentrent dans ce cadre ;

4<sup>o</sup> Nous croyons qu'il y a déjà avantage à porter un bandage peu compressif et à large pelote pendant les six premiers mois qui suivent l'opération et à l'occasion des travaux pénibles.

Vu, bon à imprimer :

*Le Président de la Thèse,*

A. BOURSIER

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 11 décembre 1907.

*Le Recteur de l'Académie.*

R. THAMIN.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- AGIER. — De la cure radicale de la hernie inguinale par les méthodes opératoires sanglantes. *Rev. technique et critique*, Th. Lyon, 1895.
- AGUILAS. — Cure radicale de la hernie inguinale par un procédé nouveau. *Rev. de centro estud. de méd.* Buenos-Ayres, 1897.
- BALL. — Traitement des hernies inguinales par la torsion du sac. *British méd. journal*, 1884.
- BARKER. — *British méd. journal*, 1887.
- BASSINI. — Nuovonitodo operativo per la curo dell'ernia, Padwa, 1889.
- Bulletin de la Société de chirurgie.* Discussion sur le choix des sutures, 8 juillet 1891.
- Bulletin médical.* Samedi 8 décembre 1907, article du prof. Berger.
- BERGER. — Cure radicale des hernies (*Revue des Sciences médicales*, octobre 1888).
- BERGER. — Article "Hernies" (*Traité de Chirurgie* de Simon Duplay et Reclus).
- BRIAUX. — D'un procédé de cure radicale de la hernie inguinale. Th. Bordeaux, 1906.
- CORVIN et VICOL (de Jassy). — 12<sup>e</sup> Congrès international des Sciences médicales (Moscou, août 1897).

- DEFONTAINE. — Nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus. *Archives provinciales de chirurgie*, n° 2, février 1907.
- DEGEORGE. — De la suture en un seul plan dans la laparatomie et dans la cure radicale des hernies inguinales. Th. Paris, 1899.
- DÉZON. — De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Th. Paris, 1898.
- DUPLAY et CAZIN. — Semaine médicale, 11 nov. 1896.  
— — *Archives générales de médecine*, janvier 1897.  
— — *Semaine médicale*, 1897.
- GIBERT. — Des suppurations dans la cure radicale des hernies inguinales. Thèse Paris, 1899-1900.
- GIROU. — Cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Th. Bordeaux, 1898-99.
- FAURE. — Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies sans fils perdus. *Presse médicale*, 26 janvier 1898.
- FERRARI. — *Arch. della soc. ital. de chir.*, 1891.
- FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
- JABOULAY. — Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet (art. hernie).
- JONNESCO. — *Centralblatt. chirurgie*, 1897.
- LAFFITE. — Sur un temps spécial de la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de M. le prof. Bassini de Padoue. Th. Paris, 1901.
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies avec une étude statistique.
- MILLOT. — De quelques modifications apportées à la cure radicale des hernies inguinales chez l'homme (Procédé Bassini-Ferrari). Th. Paris, 1902.
- MACEWEN. — *British Méd. Journal*, 1897.
- MUGNAÏ. — *Reformia medica*, 1891.
- NALPASSE. — Etude historique et opératoire de la cure radicale des hernies. Sa cure radicale par le procédé du professeur Berger. Th. Paris, 1899.

PAUCOT. — De la cure radicale des hernies inguinales par la méthode de Bassini et ses dérivés. Th. Bordeaux, 1896.

PAYOT. — Sur un nouveau procédé de cure radicale de la hernie inguinale. Th. Paris, 1897.

POULLET. — *Lyon médical*, décembre 1896.

POTEMSKI. — Cure radicale de hernie inguinale. Rome, 1896.

POPPERT. — La suppression des sutures à la soie. *Deutchs. Méd. Wachenschrift*, 1897.

SEGOND. — Thèse agrégation, 1883.

J. TROLLER. — Beitrage zur Klin. Chirurgie.

VILLAR. — *Journal de méd. et chirurgie de Bordeaux*, janv. 1894.

— — — — — 1895.

— — — — — 1897.

— 41<sup>e</sup> Congrès français de chirurgie.

---









